



Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Benoit Canac

► To cite this version:

Benoit Canac. Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01213651

HAL Id: dumas-01213651

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213651>

Submitted on 8 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Par

Mr Benoit CANAC

Né le 22/12/1987 à Nogent sur Marne

ADMISSION DIRECTE EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE :
DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS
GENERALISTES DES ALPES MARITIMES

Présentée et soutenue le jeudi 3 juillet 2014

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Guillaume SACCO

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Docteur Didier CAPRINI

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. BOILEAU Pascal
M. HÉBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Au Professeur LEVRAUT,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. Votre soutien à l'élaboration de ce travail a été d'une grande aide. Votre investissement auprès de vos internes est un exemple pour tous, et je suis honoré d'avoir été admis dans votre filière. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Au Professeur GUERIN,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury, votre implication dans la filière gériatrique rendait votre présence indispensable. Nous gardons un excellent souvenir de votre enthousiasme à nous enseigner lors de nos années d'externats.

Au Professeur HOFLIGER,

Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury. Votre investissement dans l'enseignement de médecine générale est un gage d'une formation de qualité. Soyez assuré de l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur CAPRINI,

Mon stage à tes côtés m'aura beaucoup apporté, tant sur le plan médical que sur le plan humain. J'en garderais un excellent souvenir et je suis très heureux de te compter parmi les membres de ce jury.

Au Docteur SACCO,

Merci de m'avoir accompagné pendant toute l'élaboration de ce travail. Ta disponibilité, ta réactivité et tes conseils m'ont été précieux. Ils me seront très utiles pour de futurs travaux qui, je l'espère, nous amèneront à nouveau à travailler ensemble.

A Laure, pour ta présence chaque jour à mes cotés, ton soutien infailible quoi qu'il arrive. Tu connais mon talent « inopiné » pour ce genre d'exercice, je ne saurais donc exprimer à quel point tu comptes. Je t'aime.

A mes parents, A mon frère (profitez c'est fugace), car si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, à votre soutien et à votre amour, et pour cela je ne serais jamais assez reconnaissant. Merci pour tout. Et à Miss Little, nouvelle venue de qualité !

A ma famille aveyronnaise, pour votre joie de vivre et pour les bons moments, passés et à venir. Ne changez rien !

A ma belle-famille, pour votre accueil chaleureux, niçois et corse. Je suis heureux de me compter parmi vous, grands et « p'tits ».

A ceux grâce à qui, des bancs de St Jean au groupe de « réflexion », en passant par Carabin Club, le Vietnam et l'internat, ces études resteront toujours un grand souvenir : Le Blond, le Viet et la Dorade (pour tout ça, ou presque), Blondie (parce qu'il faut toujours une tata alcoolique) ; Toumtoum (ça vaut bien un niveau 3 une thèse non !?) et Clairette, Dada, Vicci & Marine (parce que j'aurais pas survécu sans vous), Pep', Léna et Patrick, Thomas, PM (pour ton soutien flagrant à l'élaboration de cette thèse, hein.), Clara « bouboulator » et Mika, Romain, Quentin, Evanus...

A tout ceux avec qui j'ai bossé pendant mon internat : François d'Ômiens et l'équipe de pneumo de Cannes ; Valoche pour ton soutien dans l'adversité grassoise ; la promotion hiver 2013 St-Rochoise et l'équipe des urgences ; la fine association du DESC que je vais encore trainer sur les routes : Pauline, Marjo, PJ, prof... ; Sophie pour ton enseignement et ta joie de vivre ; la belle bande de la cave de Lenval, et enfin (et un peu en avance) à la réa d'Antibes et à mes deux gros intellectuels de co-internes, Fabou et Romain.

Bien entendu, à tout ceux que j'aurais oublié, et je m'en excuse, et à tous ceux que le temps ou l'éloignement m'ont fait perdre de vue.

TABLE DES MATIERES

Abréviations :	10
1 Introduction	11
1.1 La population française vieillit	11
1.2 Impact du vieillissement sur la consommation de soin	11
1.3 Conséquences de l'augmentation de la demande en soins sur l'organisation du système de soin	11
1.4 Description du court séjour gériatrique (CSG)	12
1.5 Intérêt des courts séjours gériatriques	13
1.6 Pourquoi une admission directe en Court séjour gériatrique ?	13
1.7 Limites actuelles de la filière gériatrique	14
1.8 Saturation des urgences et augmentation de la morbi-mortalité	16
1.9 Des recommandations unanimes	18
1.10 Objectifs de l'étude	18
2 Matériel et méthode	19
2.1 Participants	19
2.2 Choix de la méthode	19
2.3 Déroulement des entretiens	21
2.4 Analyse des données	21
2.4.1 Analyse des caractéristiques socio-démographiques	21
2.4.2 Analyse des verbatim	21
2.4.3 Réalisation de la bibliographie	22
3 Résultats	23
3.1 Partie quantitative : Caractéristiques des médecins interrogés	23
3.2 Partie qualitative	26
3.2.1 Freins et facteurs facilitants liés à l'organisation	26
3.2.1.1 La communication : le « nerf de la guerre »	26
3.2.1.2 Problème de disponibilité des lits	28
3.2.1.3 Déterminants inhérents à la pratique du médecin généraliste	29
3.2.2 Freins et facteurs facilitants liés au patient	30
3.2.2.1 Caractéristiques médicales	30
3.2.2.2 Caractéristiques sociales	30
3.2.2.3 Rôle important des familles dans la décision	31
3.2.2.4 Empathie envers le patient	32
3.2.3 Cas particulier des cliniques	32
3.2.3.1 Beaucoup moins de problèmes de communications	32
3.2.3.2 ...Mais une sélection plus importante	33

3.2.4	Cas particulier de l'arrière pays.....	33
4	Discussion.....	36
5	Conclusion	45
6	Bibliographie.....	46
7	Annexes	49
7.1	guide d'entretien.....	49
7.2	Grille COREQ.....	52
8	Serment d'Hippocrate	53

ABREVIATIONS :

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSG : Court Séjour Gériatrique

DECT : Digital Enhanced Cordless Telephone

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

MSU : Maitres de Stage Universitaires

ORU PACA : Observatoire Régional des Urgences de la région PACA

PACA : Provence Alpes Cote d'Azur

PAERPA : Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

UCSU : Unité de Court Séjour d'Urgence

1 INTRODUCTION

1.1 LA POPULATION FRANÇAISE VIEILLIT

En France, on observe depuis de nombreuses années un vieillissement global de la population. Ainsi, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), on estime qu'en 2060, 16,2% de la population française sera âgée de plus de 75 ans, contre seulement 8,5% en 2007¹. Dans le département des Alpes Maritimes, ces pourcentages sont d'ores et déjà plus élevés que la moyenne nationale, avec 11,7% de personnes âgées de plus de 75 ans en 2009².

1.2 IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LA CONSOMMATION DE SOIN

Ce vieillissement de la population s'accompagne, selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), d'une augmentation des besoins de santé³. Ainsi dans l'exploitation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de l'année 2008, on retrouve une explosion du taux de séjour à partir de 75 ans (45,9% contre 14,2% pour la population générale) mais aussi de la durée de ces séjours (9 jours contre 5,8 jours pour la population générale).

Si le grand âge est lié à une consommation plus importante de ressources de santé, le rapport de l'IGAS montre qu'il existe aussi une explication générationnelle à l'explosion des dépenses : à tranche d'âge égale, la génération actuelle consomme plus de soins que la précédente au même âge, ce qui explique en partie l'augmentation des dépenses de santé.

1.3 CONSEQUENCES DE L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE EN SOINS SUR L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOIN

Cette situation, connue depuis longtemps, a entraîné la mise en œuvre de mesures spécifiques à la prise en charge de cette population médicalement particulière que sont les personnes âgées. Ainsi, depuis le début des années 2000, une importante législation a vu le jour dans ce domaine, afin de mettre en place une filière gériatrique efficace et en relation étroite avec la médecine ambulatoire^{4,5}. Le plan solidarité grand âge pour la période 2006-2012 est le principal document disponible concernant la prise en charge des

personnes âgées et indique dans sa partie traitant des courts séjours gériatriques (CSG), qu'en cas de stabilité clinique, l'entrée directe en CSG doit absolument être privilégiée.

1.4 DESCRIPTION DU COURT SEJOUR GERIATRIQUE (CSG)

Le CSG est une unité de court séjour « *classique* », dans laquelle sont hospitalisés des patients de 75 ans et plus, polypathologiques. Ceci a pour conséquence une moyenne d'âge très élevée dans ces unités, en général plus de 80 ans. Les CSG proposent une prise en charge médico-psycho-sociale à des patients présentant un risque de dépendance physique et/ou psychique ne relevant pas d'une spécialité d'organe.

Le CSG occupe une place centrale dans la filière gériatrique telle que définie dans la Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'organisation de cette filière⁶. Les missions des CSG y sont décrites comme suit :

- Assurer des admissions directes non programmées afin d'éviter un passage aux urgences,
- Dispenser une évaluation médico-psycho-sociale globale et individualisée,
- Etablir des diagnostics et pratiquer des soins non réalisables en ambulatoire,
- Envisager et organiser le devenir du patient en collaboration avec son entourage.

La place du médecin traitant dans l'admission en court séjour gériatrique est essentielle, comme l'indique la Circulaire de 2002 susvisée:

« Il importe de souligner le rôle capital du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées. Il constitue en effet le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée ; sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours, en font un acteur privilégié de la prise en charge gériatrique. Il doit être en mesure d'utiliser au mieux les possibilités offertes par l'hôpital et, plus largement, par le réseau de santé. Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, ce qui implique qu'il soit parfaitement informé du fonctionnement du dispositif et sensibilisé à une approche gériatrique. Il doit pouvoir avoir accès, lorsqu'un bilan global est nécessaire, à des consultations d'évaluation gériatrique ou aux pôles d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire, tout en restant le référent de la prise en charge du patient. »

1.5 INTERET DES COURTS SEJOURS GERIATRIQUES

Les spécificités des patients gériatriques sont nombreuses : sémiologie modifiée, polypathologie, polymédication et présence de troubles cognitifs. Ces spécificités justifient la prise en charge spécialisée de cette population, afin d'améliorer la reprise d'autonomie rapide.

Une des spécificités de prise en charge en CSG est la réévaluation systématique de la balance bénéfice risque de chaque molécule de l'ordonnance des patients. Grace à cette expertise, les patients présentant des traitements inadaptés bénéficient d'une modification voir d'une réduction significative de leur consommation, et donc des coûts de prise en charge⁷. Le risque de présenter une pathologie iatrogène augmentant avec le nombre de médicaments et non avec l'âge⁸, il est donc probable que le passage en CSG ait un effet préventif bénéfique sur la survenue des complications d'origine iatrogène.

Hormis l'intérêt lié à l'expertise spécifique de prise en charge, il convient également de considérer l'intérêt en termes de satisfaction des patients. En effet, une étude prospective portant sur 209 patients hospitalisés dans l'unité de gériatrie aiguë de l'hôpital Bichat, à Paris, en 2009, montrait que les patients étaient significativement plus satisfaits de leur prise en charge lorsqu'ils entraient dans le service par voie directe que via un transfert par les urgences⁹.

1.6 POURQUOI UNE ADMISSION DIRECTE EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE ?

Cette recommandation de politique de santé publique fait écho à deux problèmes majeurs posés par le passage des patients âgés et très âgés dans les services d'urgence :

Le premier, éthique plus que médical, est celui des conditions parfois très difficiles d'attente dans un service d'urgence, particulièrement pour des patients vulnérables. Le déplacement d'un patient de son domicile ou de son Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes (EHPAD) vers l'hôpital est générateur d'un stress, plus important encore lorsque la destination est un service d'urgence (nombreuses personnes, bruit ambiant avec parfois des cris, des alarmes de scope, un personnel peu disponible pour une réassurance du patient et surtout pour permettre le respect de l'autonomie du patient). Il est donc légitime de penser qu'une hospitalisation via un service d'urgence est nettement plus délétère en termes de perte d'autonomie qu'une hospitalisation directe, pour des patients souvent fragiles, voire déjà dépendants pour certaines activités de la vie

quotidienne. Ceci est d'autant plus vrai qu'un passage aux urgences peut être, à lui seul, responsable d'un état confusionnel aigu.

Le second problème est d'ordre organisationnel. Depuis quelques années, le nombre de passages aux urgences pour des patients gériatriques ne cesse d'augmenter, avec, en marge des urgences immédiates, de nombreux motifs de consultation considérés, souvent à tort, comme « *non urgents* » tel que l'altération de l'état général, l'asthénie, la perte d'autonomie, les chutes à répétition, ou encore un maintien à domicile difficile. Les patients de plus de 75 ans représentaient en 2007 12% des passages aux urgences. Ces passages aboutissaient dans plus de 50% des cas à une hospitalisation (taux 2,5 à 4,6 fois supérieur à la population des moins de 65 ans)¹⁰. A Nice, en 2005, ce pourcentage était encore plus élevé, avec 19% de passages sur l'année entière¹¹. La spécificité de cette population étant qu'elle a souvent déjà eu un contact médical avant son arrivée aux urgences : ainsi, deux tiers des patients gériatriques admis aux urgences ont été adressés par leur médecin traitant ou leur maison de retraite. Cet état de fait est un problème organisationnel, car les urgences hospitalières rencontrent un réel problème d'aval, et les patients sont alors « placés » dans des services qui ne sont pas forcément adaptés à leur situation, avant de rejoindre le service initialement préconisé.

1.7 LIMITES ACTUELLES DE LA FILIERE GERIATRIQUE

Malgré la structuration de plus en plus poussée de la filière gériatrique, le nombre de passages aux urgences des patients de plus de 75 ans reste important, et la filière d'entrée directe est largement sous exploitée avec, sur les 10 premiers mois de 2012, seulement 4% et 37% d'entrée directe dans les deux services de court séjour gériatrique de l'hôpital de Cimiez à Nice, contre 86% et 51% d'entrée via les urgences (figures 1 et 2). Le service A1 Nord (un des deux CSG composant la filière gériatrique du CHU de Nice), ayant pour vocation de favoriser l'entrée directe, est donc confronté à la réalité actuelle et doit répondre à une demande très importante venant des urgences.

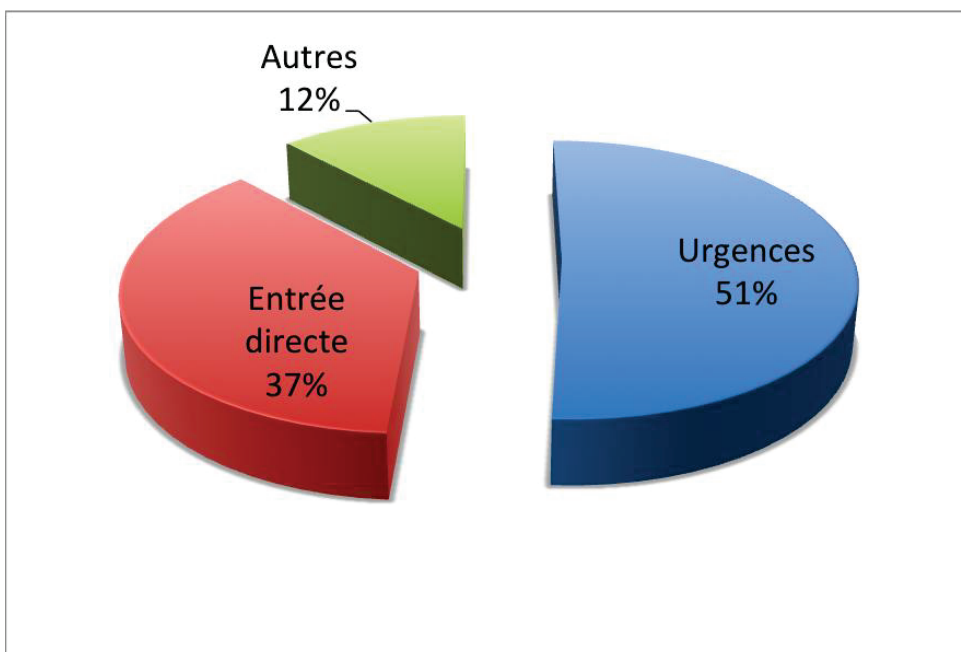


Figure 1. Provenance des patients du CSG A1 Nord, CHU de Nice, en 2012

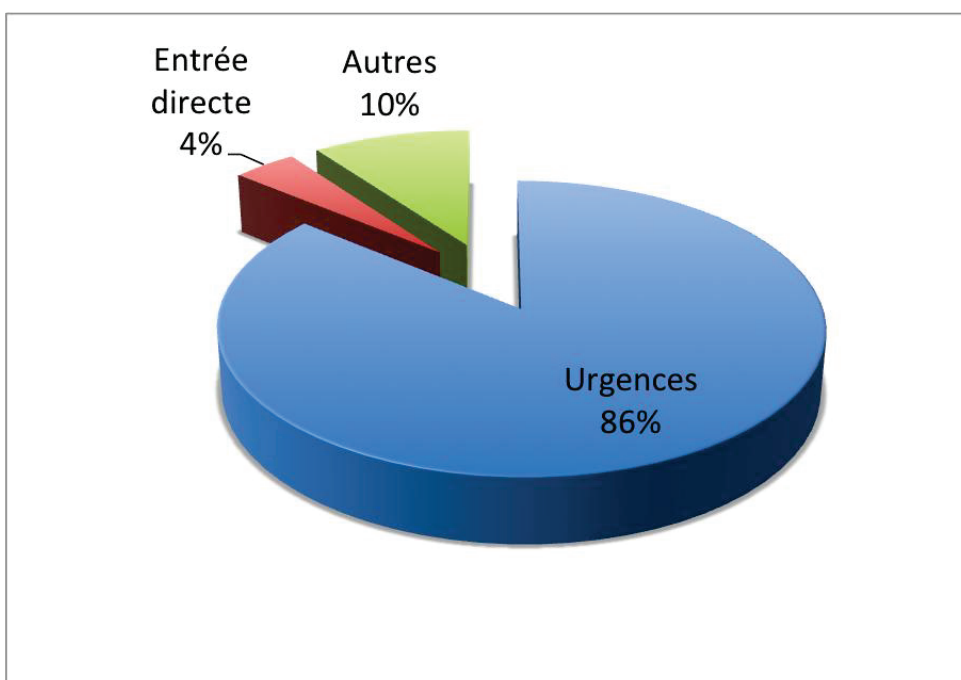


Figure 2. Provenance des patients du CSG A1 Sud, CHU de Nice, en 2012

1.8 SATURATION DES URGENCES ET AUGMENTATION DE LA MORBI-MORTALITE

Outre l'aspect individuel délétère pour le patient d'un passage aux urgences, l'afflux de patients âgés dans les services d'urgence a aussi un impact sur l'organisation de ces services, avec une charge de travail plus importante qui constitue à la fois une source d'attente voire une source d'erreurs médicales.

Une étude datant de 2005, réalisée dans le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice mettait en évidence un allongement du temps de passage global dans le service d'accueil des urgences (SAU) en fonction de la fréquentation de celui-ci par des patients âgés. En effet cette étude avait montré que le temps de passage des patients âgés de moins de 75 ans dans le service était significativement lié au nombre de passages des plus de 75 ans, l'inverse ne se vérifiant pas¹¹. Le nombre total de passages n'était pas non plus lié à une augmentation du temps de passage.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur le premier trimestre 2013, rassemblant 38891 patients s'étant présenté au SAU de l'hôpital Saint Roch, à Nice. Nous avons sélectionné une population de patients réunissant une série de critères se rapportant le plus possible à la population traitée dans cette thèse :

- Age > 75 ans
- Admission pour altération de l'état général (AEG)
- CCMU 1 ou 2, garantissant une stabilité clinique à l'arrivée dans le service
- Hospitalisation en service de court séjour gériatrique ou en unité de court séjour d'urgence (UCSU).

108 patients correspondaient à ces critères, et leur temps de passage était en moyenne de 6h36. Nous avons comparé ce temps de passage à un échantillon de 1695 patients pris au hasard parmi la population de patients hospitalisés en CSG : leur temps de passage était de 7h25 en moyenne.

Cette analyse montre donc que les patients gériatriques stables hospitalisés en CSG attendent significativement moins aux urgences que la population générale (figure 3), mais restent en moyenne plus de 6 heures sur un brancard, avec un temps de passage pouvant aller jusqu'à 20h.

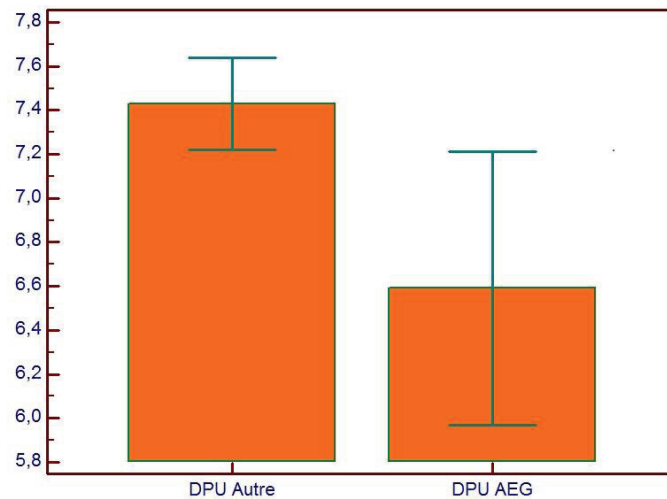


Figure 3. Comparaison des temps de passage entre patients gériatriques et population générale

Ce passage aux urgences, en plus de contribuer à engorger un peu plus les services, peut aussi être source de complications : plusieurs études récentes montrent une augmentation de la morbi-mortalité des patients au cours des périodes de surcharge des urgences, tout âge confondu^{12,13}, avec au premier plan, une moins bonne prise en charge de la douleur.

De plus, une étude canadienne datant de 2011 portant sur 982 patients admis aux urgences a démontré une augmentation significative d'événements indésirables de 3% par heures passées dans le service d'urgence¹⁴, ces patients présentant un événement indésirable ayant au final une DMS deux fois supérieure à celle des patients n'ayant pas été victime d'événements indésirables.

Enfin, cet engorgement aboutit de plus en plus souvent à des plans d'urgence au niveau local, type hôpital en tension, avec pour effet de nombreuses déprogrammations, altérant la bonne prise en charge des patients suivis dans d'autres filières de soins.

1.9 DES RECOMMANDATIONS UNANIMES

Depuis de nombreuses années, à la fois la législation et les recommandations, concernant le parcours de soin du patient gériatrique, se conjuguent pour promouvoir l'entrée directe de ces patients en court séjour :

- Circulaire relative à la prise en charge des urgences 2003⁵
- Plan solidarité grand âge 2006⁴
- Rapport ministériel « un programme pour la gériatrie » pour atténuer l'impact de l'évolution démographique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir¹⁵
- Référentiel métier Gériatrie 2011¹⁶
- Rapport PAERPA 2013 (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie)¹⁷
- Concertation nationale sur les urgences hospitalières pour améliorer la fluidité du parcours à l'hôpital (2013)¹⁸

1.10 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est d'identifier auprès des médecins généralistes les facteurs limitants l'entrée directe de leurs patients dans les courts séjours de la filière gériatrique.

L'objectif secondaire est d'identifier, au contraire, les facteurs facilitants l'entrée directe des patients en court séjour gériatrique.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 PARTICIPANTS

Le recrutement des médecins interrogés s'est fait par différents moyens :

- Envoie d'email aux médecins Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de la Faculté de Médecine de Nice
- Appel téléphonique direct via l'annuaire, principalement pour les médecins exerçant dans l'arrière pays.
- Appel téléphonique des médecins ayant adressé des patients aux CSG de l'hôpital de Cimiez, de la Clinique des Sources ou du Centre Hospitalier « La Palmosa » à Menton.

Une répartition homogène sur le territoire des Alpes Maritimes a été recherchée en adaptant au fur et à mesure des entretiens la localité de recrutement. Ainsi, un effort particulier a été réalisé pour obtenir au moins deux entretiens avec des médecins travaillant avec chaque Centre Hospitalier Général, ainsi que pour obtenir des entretiens avec des médecins travaillant dans l'arrière pays.

Un questionnaire a été rempli par les médecins interrogés, pour recueillir les informations socio-démographiques nécessaires à la caractérisation du panel (détaillé en 2.2).

2.2 CHOIX DE LA METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de médecins généralistes exerçant dans le département des Alpes Maritimes. Ces entretiens étaient guidés par un canevas d'entretien préparé en amont. Notre choix s'est porté sur cette méthode d'étude, car nous souhaitons identifier de « nouvelles » causes, moins classiques, freinant les médecins traitants dans la mise en œuvre d'une entrée directe en CSG. Ainsi, par opposition, la réalisation d'un questionnaire fermé n'aurait laissé aucune place à la genèse de propositions non identifiées en amont par des méthodes de bibliographie classique.

Le guide d'entretien a été réalisé avec l'aide d'un référent étude qualitative du département d'enseignement et de recherche de médecine générale (DERMG) de la Faculté de Médecine de Nice. Une première réunion, exposant le sujet du travail, avait conclu à la nécessité de débiter le canevas par une vignette clinique. Cette dernière permettait

d'introduire le propos de façon contextuelle permettant ainsi une meilleure compréhension du sujet ciblé par les médecins interviewés. Pour construire cette vignette, nous nous sommes inspirés de dossiers de patients hospitalisés en CSG au CHU de Nice, tant pour les données médicales, que pour les caractéristiques sociales. Cela a permis d'approcher au mieux la réalité, afin de stimuler les souvenirs des médecins interrogés. Un échange de correspondance entre le chercheur et le DERMG a ensuite permis d'affiner le questionnaire semi-dirigé sur le fond (pertinence des questions) et sur la forme (question ouverte appelant au maximum à des réponses développées).

Ce canevas d'entretien comportait trois parties :

- La première partie était une vignette clinique, expliquant la situation médicale et sociale d'un patient, aboutissant à la proposition d'hospitalisation directe en court séjour. Celle-ci permettait de remettre en mémoire du praticien interviewé quelques notions clés du patient gériatrique, facilitant ainsi le souvenir d'une situation déjà vécue. Le but était de bien poser la situation avec un cas « typique », puis de diverger vers l'expérience personnelle du médecin. Cette vignette pouvait aussi, en cas d'entretien peu productif, être le support pour les questions suivantes, si le médecin interrogé ne faisait pas de liens directs avec une situation personnellement vécue.
- La seconde partie était le guide d'entretien lui-même, sous forme d'un questionnaire semi-dirigé. Il s'agissait de 6 questions ouvertes, servant d'amorce à la discussion. Cette méthode permettait une discussion libre avec le médecin, tout en gardant la possibilité de recentrer le débat en cas de divergence trop importante avec le sujet. L'enquêteur pouvait formuler d'autres questions au cours de l'entretien, en rebondissant sur des propos pour les faire expliquer, ou approfondir.
- La troisième et dernière partie était un questionnaire visant à qualifier l'échantillon de médecins interrogés sur le plan socio-démographique, avec leur sexe, leur âge, la date de leur d'installation dans la région, les structures gériatriques avec lesquelles ils travaillaient, la difficulté ressentie à faire hospitaliser un patient directement en CSG, qui étaient leurs interlocuteurs à l'hôpital pour ce faire, et s'ils connaissaient personnellement les médecins de ces services. Ces informations permettaient aussi d'orienter le recrutement des médecins pour les entretiens suivant afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible.

Enfin, après quelques entretiens, des questions très productives, non programmées initialement, ont été ajoutées au canevas. D'autres questions, n'amenant jamais d'arguments supplémentaires, ont en revanche été supprimées.

2.3 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Après la prise de contact, et si le médecin acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous était fixé selon ses disponibilités pour la réalisation de l'entretien. Pour les entretiens avec des praticiens éloignés géographiquement et avec lesquels convenir d'un rendez vous physique était impossible, il a été proposé un entretien téléphonique, enregistré de la même façon. Les entretiens individuels en présence physique ont toujours été privilégiés, lorsque cela était possible, afin d'obtenir de meilleurs résultats. Les entretiens n'ont jamais été réalisés en présence d'un tiers.

L'enregistrement s'est fait par microphone omnidirectionnel branché sur ordinateur. Les données audio des entretiens ont ensuite été retranscrites mot pour mot sur traitement de texte (Microsoft Office Word® 2010). Il n'a pas été proposé de relecture des entretiens aux participants, une fois ceux ci retranscrits.

2.4 ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données et la présentation des résultats ont été réalisé selon la grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), validée pour la présentation des études qualitatives.

2.4.1 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Les données issues des questionnaires ont ensuite été retranscrites sur un tableur (Microsoft Office ® Excel 2010) pour en faire ressortir les caractéristiques dominantes concernant la population étudiée.

2.4.2 ANALYSE DES VERBATIM

L'analyse des verbatim a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens à l'aide du logiciel Nvivo 10® (version juin 2012). Le recueil de données a été interrompu à saturation des données. Celle-ci a été déterminée par la réalisation de trois entretiens successifs n'apportant aucune nouvelle idée.

L'analyse a été réalisée par procédure ouverte et inductive. Cela a consisté à repérer les sous-ensembles dans le texte qui correspondaient à des idées de base. Ensuite, après un pré-codage représentant environ 20% du matériel à analyser, le chercheur comparait et regroupait les sous catégories en dimensions plus larges, pour faire ressortir des catégories, selon la méthode du codage axial. Cette façon de procéder permettait d'élaborer une grille de codification qui servirait de base à la suite du codage, et qui serait contrôlée au fur et à mesure de celui-ci. Enfin, les idées qui apparaissaient fréquemment faisaient l'objet d'un codage spécifique pour faire ressortir les idées centrales. La création des catégories d'analyse répondait aux règles de Berelson, c'est à dire qu'elles devaient être homogènes, exhaustives, pertinentes et qu'elles ne devaient pas faire place à une quelconque subjectivité.

2.4.3 *REALISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE*

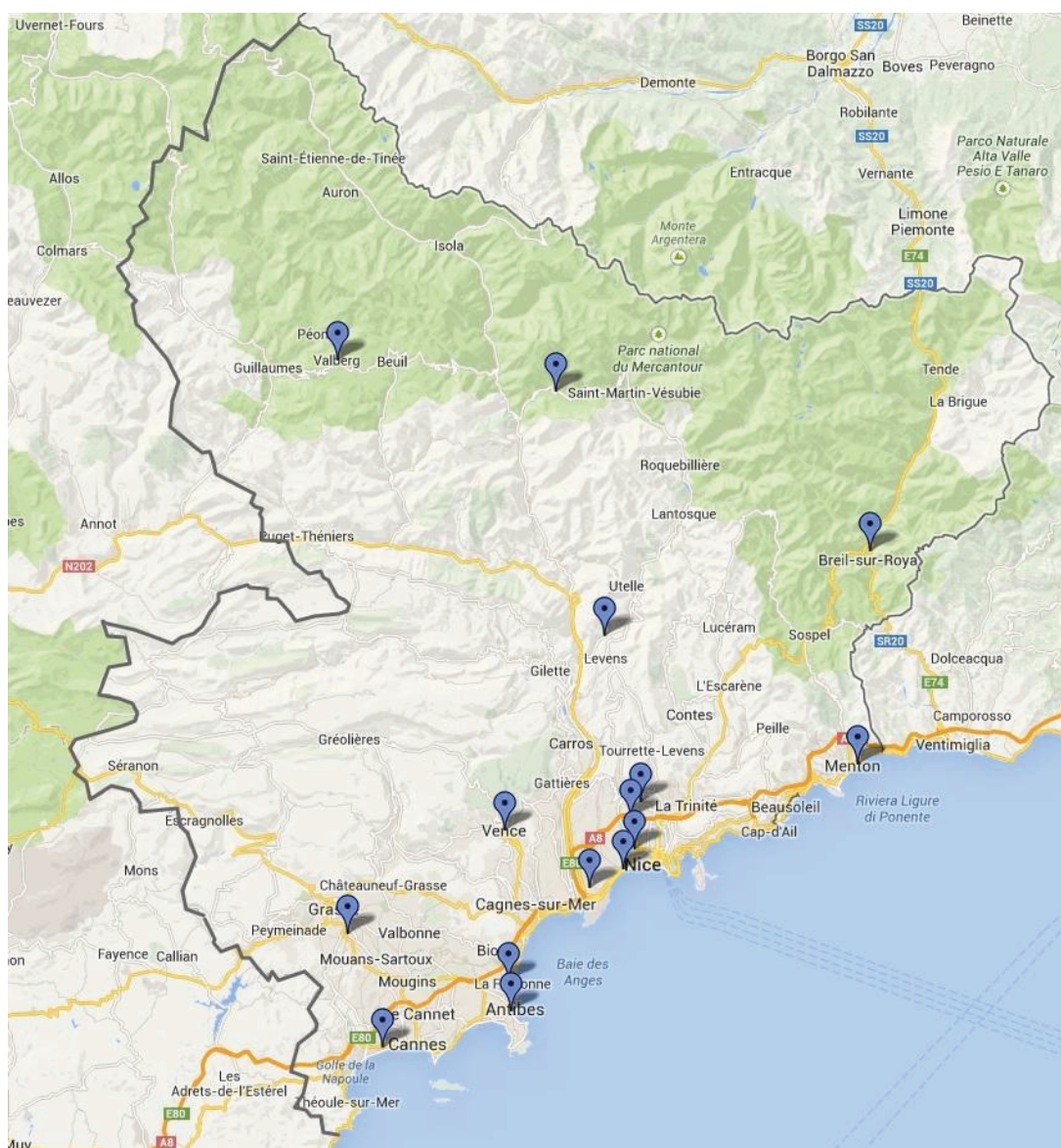
La bibliographie a été réalisée avec le logiciel Zotero[®], version 4.0.17. La recherche documentaire s'est concentrée sur plusieurs axes :

- Utilisation de moteurs de recherche spécialisés : Pubmed. Utilisation de mots clés pour les différents thèmes de recherche : pour l'entrée directe en court séjour gériatrique (MeSH Terms : Aged, Gériatrics, Hospitalization/statistics, Lenght of stay, Patient transfer, Direct admission) et pour les personnes âgées en service d'urgence (MeSH Terms : Aged, Humans, Emergency Service, Mental disorders, Elder abuse)
- Utilisation des moteurs de recherche généralistes : Google. Mots clés utilisés : « Statistiques démographiques France, Alpes Maritimes » ; « Admission directe court séjour gériatrique » ; « Recommandation prise en charge du patient gériatrique »
- Utilisation du système universitaire de documentation (SUDOC) : base de données des travaux universitaires.
- Documentation fournie par le Directeur de thèse : articles méthodologiques pour la réalisation d'études qualitatives, statistiques d'hospitalisation dans les services de court séjour gériatrique du CHU de Nice
- Bibliographie des documents identifiés grâce aux précédentes méthodes de recherche.
- Enfin, la recherche de statistiques locales des urgences du CHU de Nice via la base de données du Terminal URGENCES ORU PACA avec l'aide du Chef du pôle SAMU/Urgence.

3 RESULTATS

3.1 PARTIE QUANTITATIVE : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES

Les entretiens ont été réalisés par un seul interviewer entre juillet et octobre 2013, auprès de médecins généralistes du département des Alpes Maritimes. Il n'existait pas de relation personnelle entre le chercheur et les médecins interrogés. La méthode de répartition utilisée a permis une répartition géographique satisfaisante pour étudier les différents lieux d'exercice (figure 4).



Le recrutement a été clos au 15^{ème} entretien, après être arrivé à saturation de données. Les caractéristiques des médecins interrogés sont décrites dans le tableau 1 : La moyenne d'âge était de 54 ans (âge minimum = 33 ans ; âge maximum = 65 ans ; médiane = 59 ans). La majorité étaient des maitres de stage recevant des internes de médecine générale en stage (8 sur 15), installés dans les années 1980 et étant confrontés à la situation citée plusieurs fois par an (11 sur 15). Enfin, la majorité des médecins interrogés avaient une connaissance personnelle dans les services hospitaliers auxquels ils adressaient leur patient (10/15).

La durée des entretiens variait entre 13 à 42 minutes, avec une moyenne à 26 minutes.

Entretien	Age	Sexe	Lieu d'hospitalisation	Fréquence situation	Difficulté ressentie	Contact	Connaissance personnelle
1	59	M	CHU	Plusieurs / an	Facile	Médecin	Oui
2	52	M	CH Cannes, IAT Mougins	Plusieurs / an	Chronophage	Service, Médecin	Oui
3	35	M	Hopital local, CHU	Plusieurs / an	Chronophage	Hopital local (lui même)	Non
4	62	M	CHU, Les Sources	Plusieurs / an	Chronophage	Médecin	Oui
5	40	F	CH Antibes	Rarement	Chronophage	Médecin	Oui
6	64	M	CHU, Les Sources, Autres	Plusieurs / an	Difficile	Standard	Non
7	63	F	CH Grasse, St Basile	Plusieurs / an	Difficile	Médecin	Oui
8	59	M	CHU, Les Sources	Souvent	Difficile	Service	Non
9	33	M	CHU, CH Antibes	Plusieurs / an	Chronophage	Service	Non
10	56	M	CH Menton	Souvent	Facile	Médecin	Oui
11	49	M	Hopital local, CH Menton	Souvent	Facile	Hopital local (lui même)	Oui
12	65	F	CHU, Les Sources	Plusieurs / an	Chronophage	Médecin, EMG	Oui
13	63	M	Les Sources	Plusieurs / an	Chronophage	Service	Oui
14	?	M	CHU, CH Antibes	Plusieurs / an	Chronophage	Service, Médecin	Oui
15	61	M	CHU	Plusieurs / an	Difficile	Service	Non

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés

3.2 PARTIE QUALITATIVE

Pour la présentation des résultats de l'analyse qualitative, il a été choisi de ne pas présenter les facteurs limitants et les facteurs facilitants en deux parties distinctes : en effet, l'analyse a montré que, systématiquement, quand un élément était considéré comme limitant, son strict opposé était un facteur facilitant. Ainsi, pour éviter les redondances, chaque facteur a été présenté de façon unique, en incluant son aspect limitant, comme son aspect facilitant dans sa description. Les résultats sont repris sous forme de schéma heuristique dans la figure 5.

3.2.1 FREINS ET FACTEURS FACILITANTS LIES A L'ORGANISATION

3.2.1.1 La communication : le « nerf de la guerre »

- LE RESEAU : ELEMENT ESSENTIEL POUR LE MEDECIN GENERALISTE

« Personnellement, j'ai quelques points de chute privilégiés où je connais personnellement du monde. [...] Ca fait trente ans que je travaille avec, donc forcément, ça fonctionne »

« Le cœur de la facilité, ça reste l'histoire des réseaux, des liens directs, du décroisement, c'est la base »

« Ca a été assez rapide parce que je suis passé par une interne, parce que ça (le médecin interrogé montre alors la répartition des stages des internes avec surlignés ceux en stage en CSG), ça me sert beaucoup »

« A Nice, que ce soit en gériatrie ou ailleurs, ça se passe si on connaît quelqu'un, si on ne connaît pas, ça ne fonctionne pas. [...] Un brancardier peut faire hospitaliser un patient dans la journée alors que moi je ne peux pas le faire »

Il s'agit de la seule réponse revenant systématiquement dans les 15 entretiens : dans tous les cas, la connaissance personnelle d'un médecin dans une unité de gériatrie est jugée comme un facteur facilitant pour faire hospitaliser un patient par entrée directe. Au contraire, les médecins n'ayant pas de connaissances personnelles dans ces services pensent systématiquement que connaître quelqu'un rendrait leur tâche bien plus simple. De plus, avoir les coordonnées de ces contacts (téléphone portable) réduit grandement l'aspect chronophage de l'hospitalisation d'un patient.

- DIFFICULTES MAJEURES A JOINDRE LES MEDECINS DES SERVICES

« A l'hôpital, on n'a personne, on a le secrétariat, une infirmière, on va vous passer l'interne, on prend votre numéro et on ne vous rappelle pas »

« Moi, j'ai un annuaire du CHU, mais souvent on se fait orienter, réorienter, la ligne coupe, on rappelle, et on se fait orienter ailleurs, c'est toujours un peu compliqué »

« Le matin il y a la visite, l'après midi les consultations, le staff... on nous donne une heure pour téléphoner, mais moi, si je suis sur autre chose à ce moment là, c'est fichu, je devrai attendre le lendemain »

« Il faudrait qu'on ait au moins un contact un peu facilité avec les médecins du service ou avec les surveillantes »

C'est aussi là une réponse quasi systématique : un des freins principaux à l'entrée directe est la difficulté, pour le médecin généraliste, à contacter le service voulu, et plus précisément le médecin en charge. Outre les praticiens ayant des numéros directs de médecins dans les services, la majorité d'entre eux passent par les numéros à leur disposition : secrétariat de service, infirmerie, voire standard de l'hôpital. Les médecins interrogés jugent très chronophage cette phase d'attente, de navigation entre divers interlocuteurs, pour parfois ne pas réussir à joindre un médecin. Ils se plaignent aussi que ces problèmes de communication soient liés à des différences de mode de travail : ils fustigent les réponses du type « la visite est en cours » ou « les médecins sont en staff », estimant qu'il leur faut une réponse immédiate lorsqu'ils sont au domicile du patient, afin d'envisager une autre solution si l'hospitalisation directe n'est pas possible.

- INTERET DU SECRETARIAT AU CABINET

« Je ne suis pas à 40 actes par jour, mais, si je n'ai pas la secrétaire, je vais me dire qu'il faut que je téléphone à 20 heures, et c'est difficile d'avoir quelqu'un à cette heure-ci ! »

Un facteur favorisant la communication (et donc l'entrée directe) parfois cité, est la présence d'un secrétariat au cabinet, chargé de joindre les médecins voulus pendant que le généraliste poursuit sa consultation. A l'inverse les médecins disposant d'un secrétariat avouent ne pas forcément faire l'effort d'appeler, lorsque cette aide est absente, jugeant cette activité trop chronophage.

3.2.1.2 Problème de disponibilité des lits

- LE MANQUE DE PLACE EN CSG : UN PROBLEME RECURRENT

« Je pense qu'en gériatrie, [...] il y a un déficit d'accueil qui est manifeste, qui peut être du, soit à un nombre de lit insuffisant soit à la mauvaise gestion de ces lits »

« Il n'y a pas d'accès direct en CSG, ils sont quasiment tout le temps plein, donc souvent il y a une temporisation quelques jours aux urgences le temps que ça se libère »

Largement cité, mais moins que les problèmes de communication, l'absence de place dans le service au moment et dans les jours à venir lorsque le médecin généraliste souhaite hospitaliser son patient est souvent une cause d'échec à l'hospitalisation directe. Ce problème semble tout de même plus fréquent dans les structures niçoises, que ce soit le CHU ou les cliniques, même s'il existe aussi dans les hôpitaux périphériques, notamment en période hivernale. Une autre plainte vient aussi du fait du manque de visibilité quant à la disponibilité des lits : s'ils sont d'accord pour temporiser 24h ou 48h à domicile, les patients veulent souvent une information ferme et définitive en ce qui concerne la date de leur hospitalisation. Ce manque d'information peut parfois contraindre le médecin traitant à adresser son patient aux urgences.

- MANQUE D'IMPLICATION DES SERVICES DE SPECIALITE DANS LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE

« Les services de spécialités, je pense que souvent ils se défaussent des patients gériatriques qui ont pourtant un problème aigu relevant purement de leur spécialité, [...] du coup les services de gériatrie sont surchargés »

Les médecins généralistes expliquent aussi ce problème de place par le fait qu'ils essuient régulièrement des refus de services de spécialité pour hospitaliser leurs patients âgés ou très âgés, et ce, même s'ils ne présentent que peu de comorbidités.

- DES ENTREES DIRECTES « EN PASSANT PAR LES URGENCES »

« Si le thème, c'est l'entrée directe, on peut dire que je n'en fais pas de « vraies » parce que mes patients passent par les urgences »

« Si je veux être gentil, je pense qu'ils ne voulaient pas prendre de patient potentiellement instable sur le plan cardiovasculaire. Si je veux être méchant, je pense qu'ils ne voulaient pas se faire chier »

« Moi j'estimais que ce patient n'avait pas besoin de passer par les urgences, au final on s'en fout de ce que tu penses, tu l'envoies aux urgences »

Une pratique assez régulièrement rapportée par les médecins interrogés consiste, une fois l'entrée « directe » acceptée par le service, à demander que le patient passe tout de même par les urgences pour bénéficier d'un premier bilan. Les raisons de ce passage obligé, malgré la stabilité clinique, ne sont pas clairement comprises par les praticiens libéraux, qui condamnent cette façon de faire à l'unanimité.

3.2.1.3 Déterminants inhérents à la pratique du médecin généraliste

- L'ENTREE DIRECTE, UNE ACTIVITE CHRONOPHAGE, PARFOIS TROP

« C'est extrêmement chronophage. Si on imagine qu'on fait tout, transport, lit, etc... Dans le rythme de fonctionnement d'un médecin généraliste, ça pourrait être un frein »

« L'idée c'est qu'il y a toujours maintenant un système parapluie, c'est appeler le 15 quand le patient ne peut pas se déplacer, de faire un courrier pour le faire hospitaliser en passant par les urgences »

« La flemme, simplement, c'est beaucoup plus facile de faire une lettre pourrie pour l'interne des urgences et dire merci de prendre en charge ce patient »

« C'est toujours pareil, après, c'est une question de temps, si je suis débordé dans ma consultation, est-ce que je vais prendre le quart d'heure pour améliorer l'hospitalisation ? Peut-être pas. »

Certains médecins citent, comme explication à la sous utilisation de l'entrée directe en France, l'aspect extrêmement chronophage de cette activité : selon eux de très nombreux confrères ne feraient même pas l'effort de tenter cette voie, préférant directement adresser leur patient aux urgences afin de ne pas prendre de retard dans leurs consultations.

- CAS DES PATHOLOGIES D'EVOLUTION LENTE : PROBLEME DE DEFAUT D'ANTICIPATION ?

« Pour que ça ne marche pas, c'est souvent que l'hospitalisation est urgente, [...] Mais si elle devient urgente, ça peut aussi être un constat d'échec de situations qu'on n'a pas anticipé »

Un praticien cite comme explication au faible taux d'hospitalisation directe, un probable défaut d'anticipation de la part des médecins libéraux, sur des situations chroniques évoluant à bas bruit avant de décompenser, sur lesquelles une action préventive aurait pu être envisagée en amont. Cette prévention est néanmoins freinée par les patients eux-mêmes, le plus souvent.

3.2.2 FREINS ET FACTEURS FACILITANTS LIES AU PATIENT

3.2.2.1 Caractéristiques médicales

Aucun médecin n'a cité de caractéristiques médicales pour expliquer des refus d'hospitalisation en service de gériatrie aiguë : qu'il s'agisse de patients déments, lourdement polypathologiques ou grabataires, tous sont reçus sans opposition à l'hôpital.

3.2.2.2 Caractéristiques sociales

« Je dirais même plus que les catégories socio-professionnelles supérieures sont plus pénibles à faire hospitaliser, parce que plus exigeantes, plus directives »

Les caractéristiques sociales ne rentrent pas en compte non plus lorsqu'il s'agit des centres hospitaliers, ceux-ci ayant, par définition, pour mission de prodiguer des soins à l'ensemble de la population, sans condition de ressources. Par contre, les caractéristiques sociales sont citées lorsque l'on parle du patient lui-même : un patient modeste fera en général confiance à son médecin et sera hospitalisé dans le service choisi par celui-ci, alors qu'un patient plus aisé aura plus d'exigences, que ce soit pour un service, ou pour un spécialiste en particulier.

3.2.2.3 Rôle important des familles dans la décision

- PRESSIONS FAMILIALES A L'HOSPITALISATION IMMEDIATE

« Même si on estime qu'il n'y a pas d'urgence, parfois la famille peut être assez agressive et pressante, donc voilà... »

Certains médecins citent comme motif à l'échec de l'hospitalisation directe la pression familiale : malgré des éléments médicaux rassurant lui permettant de juger que l'hospitalisation peut être différée de 48 heures, expliqués comme il se doit aux proches, ceux-ci veulent une hospitalisation immédiate. Pour assurer un contact médical continu, le praticien est souvent contraint d'adresser le patient aux urgences, sous la menace de la famille de le faire elle-même ou via une structure type SOS médecin.

- REFUS D'HOSPITALISATION, EN GERIATRIE OU DANS UN SERVICE DONNE

« Le patient qui ne veut pas aller à tel endroit, ça devient très compliqué... Ou qui ont des desideratas de service : « je préfère être hospitalisé en cardio, on me connaît bien »

Les croyances familiales et les expériences individuelles mettent parfois à mal la volonté du médecin d'hospitaliser son patient dans tel ou tel service. Ainsi, les services de gériatrie ont souvent des images erronées de « mouvoir », provoquant un vif refus des proches, préférant les services de spécialité. Ce raisonnement est aussi applicable entre le public et le privé.

- ISOLEMENT ET MODIFICATIONS DES STRUCTURES FAMILIALES

« Les familles ne s'occupent plus autant de leurs anciens, n'ont plus forcément les moyens de les prendre en charge à long terme, en terme de place, en terme de coût, en terme de temps »

Les médecins généralistes sont aussi confrontés à l'isolement social de leur patient, les contraignant parfois à les hospitaliser de façon directe : un même patient dont l'état de santé nécessite une hospitalisation directe urgente, n'aura pas la même prise en charge selon la présence ou non de son entourage. En effet pour un patient seul au domicile, même stable, le médecin aura tendance à se sécuriser en l'envoyant à l'hôpital directement par les urgences.

3.2.2.4 Empathie envers le patient

« On va quand même plus s'investir et se casser le cul pour un patient qu'on aime bien que pour celui qui nous harcèle et nous appelle tout le temps ou qui est désagréable »

Un médecin cite la sympathie envers son patient comme facteur facilitant l'hospitalisation directe : pour un vieux patient connu de longue date avec qui des liens se sont tissés, le médecin aura sans doute plus de facilité à prendre le temps qu'il faut pour hospitaliser par voie directe, que pour un patient consultant pour la première fois, ou avec qui aucun lien n'existe.

3.2.3 CAS PARTICULIER DES CLINIQUES

Même s'il est à noter que seulement 7 des 15 médecins interrogés déclarent utiliser les services des cliniques lorsqu'il s'agit d'hospitaliser leurs patients à orientation gériatrique, il existe un certain nombre de différences entre les structures publiques et privées dans ce domaine.

3.2.3.1 Beaucoup moins de problèmes de communications...

« Ce qu'il y a de pratique avec les Sources, c'est qu'on a un médecin rapidement »

Le problème de communication cité pour les centres hospitaliers n'existe quasiment pas dans les structures privées. Ainsi, les médecins voulant adresser leurs patients dans certaines cliniques jugent qu'il leur faut moins de 5 minutes pour joindre le

médecin responsable du service, et ce en passant par le standard. Ils apprécient aussi le fait que la prise en charge soit plus personnalisée : ils n'ont pour leur patient qu'un seul et unique interlocuteur, ce qui est un gage de qualité pour eux.

« Ce qui me fait parfois préférer le privé au public, c'est que, quand j'envoie un patient en clinique, je peux lui dire « Monsieur, vous allez voir le docteur machin » et quand il arrive, il voit mon médecin correspondant le jour même. A l'hôpital ça ne marche pas comme ça »

3.2.3.2 ...Mais une sélection plus importante

« Dans les cliniques, ne parlons pas de faire hospitaliser un dément léger ou avec des troubles du comportement, là c'est un refus. On dirait qu'à partir de 75 ans, on ne les veut plus »

Si on a vu qu'il n'existait pas de sélection à l'entrée des services de CSG, cet aspect est néanmoins cité comme limitant lorsque l'on souhaite hospitaliser en clinique : afin d'assurer la fluidité de la prise en charge, il est demandé à ce que, si un soin de suite ou un placement est envisagé, les ressources à disposition le permettent. Aussi, des pathologies à fort risque de longues durées de séjour ou pouvant perturber le fonctionnement du service comme les démences, sont en général refusées.

3.2.4 CAS PARTICULIER DE L'ARRIERE PAYS

« On a développé un partenariat avec la maison de santé pluridisciplinaire qu'on a créé il y a un an. On a la possibilité, grosso modo, de faire un bilan gériatrique de base nous même. On shunte donc le système hospitalier classique. Du coup on se sert des hôpitaux à plateau technique uniquement si besoin. »

« On a une téléconsultation gériatrique ce qui permet aussi d'offrir à nos patients une consultation spécialisée et de prévoir le cas échéant un hôpital de jour avec les examens utiles »

Le cas des médecins exerçant dans l'arrière pays est un cas particulier, car ils bénéficient de centres hospitaliers intercommunaux où ils peuvent directement interagir, hospitaliser leurs patients gériatriques et continuer à s'occuper d'eux personnellement. Si ce ne sont pas à proprement parler des services de gériatrie, ces services de médecine sont le plus souvent remplis de patients à orientation

gériatrique, hospitalisés là pour bilan et traitement, facilitant ainsi un retour à domicile rapide sans perte d'autonomie. La communication avec les plus importants centres hospitaliers côtiers, en particulier le CHU de Nice, est jugée comme bonne avec la mise en place depuis plusieurs années de téléconsultations de gériatrie. Lorsque cela semble nécessaire, l'entrée directe dans les services de CSG se fait sans encombre, de même que les journées d'HDJ. Néanmoins un médecin des vallées, dont le lieu d'exercice est éloigné d'un de ces centres, cite la difficulté qu'il rencontre à faire hospitaliser ses propres patients dans ces structures.

« On dirait que c'est chasse gardée, on dirait que c'est pour leurs patients et pas pour ceux de la région ou du canton »

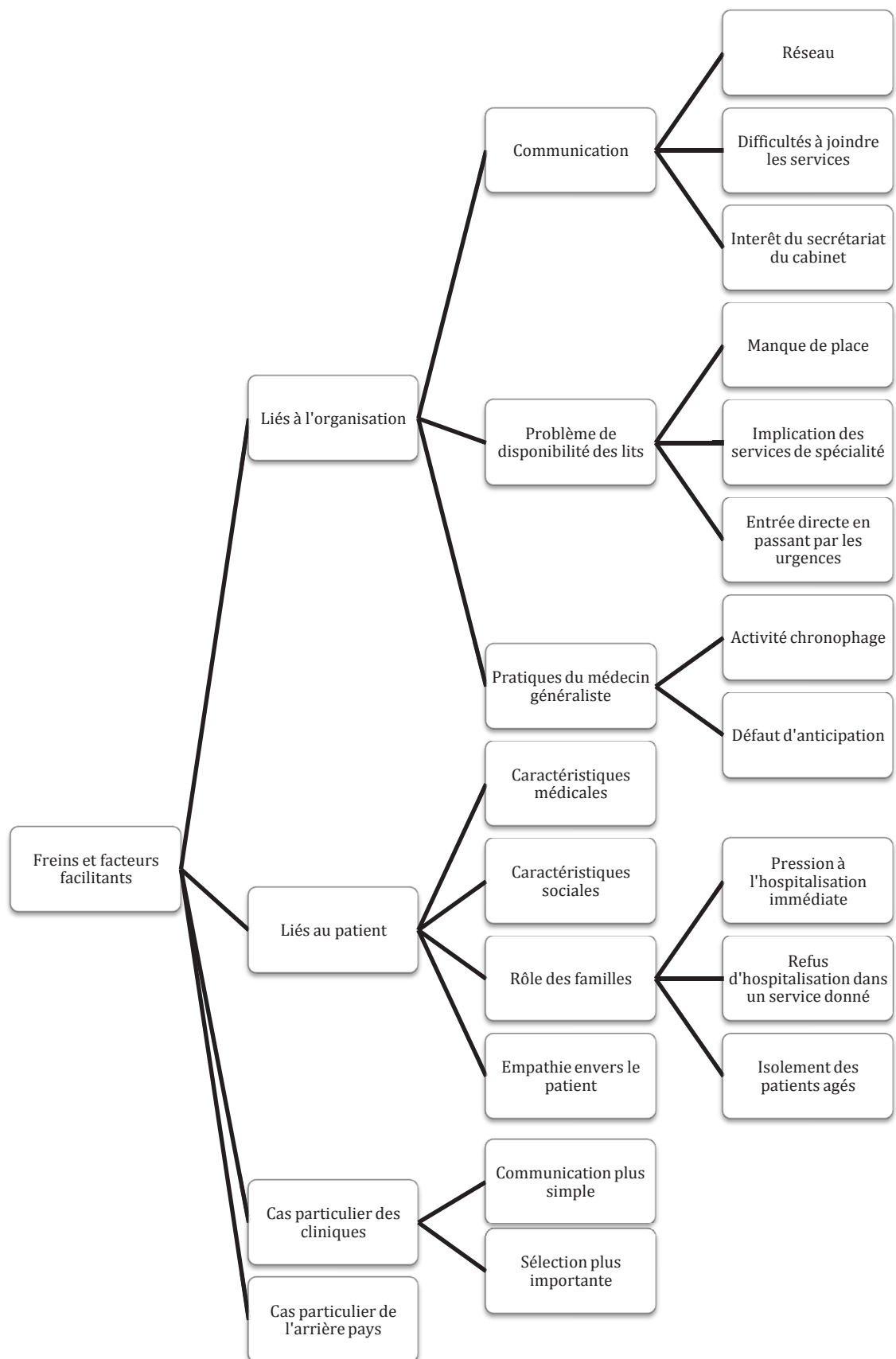


Figure 5. Schéma heuristique récapitulatif des résultats

4 DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était de comprendre les freins rencontrés par les médecins généralistes des Alpes Maritimes à faire admettre leurs patients gériatriques directement en CSG. Cette étude met en avant plusieurs freins rencontrés par la quasi-totalité des médecins généralistes du département pour faire hospitaliser leur patientelle gériatrique en court séjour gériatrique.

Le premier de ces facteurs limitants qui est ressorti de l'étude est le manque de place dans les services. La pathologie subaiguë de ces patients âgés permet, lorsque l'environnement est favorable, de temporiser quelques jours au domicile avec des aides humaines, de type infirmiers à domicile par exemple. Malheureusement, en période de saturation des services, cette temporisation n'est pas suffisante pour libérer un lit, d'autant plus qu'il existe une pression des services d'urgences pour hospitaliser d'autres patients, ayant eux déjà passé la porte de l'hôpital.

Le plan Solidarité Grand Age⁴ précise qu'un territoire doit être doté d'un lit pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus, afin de faire face à la demande. En 2010, on comptait 128.502 habitants de plus de 75 ans dans les Alpes Maritimes, ce qui correspond donc à 129 lits de court séjour gériatrique dans le département, objectif atteint et même dépassé 4 ans plus tard avec environ 140 lits de CSG dans le département. L'explication au manque de lit ne se trouve pas donc dans le retard vis-à-vis des objectifs institutionnels. On peut tout de même discuter sur le fait que, sur ces 140 lits, une soixantaine soient conventionnés avec la clinique des Sources : si les médecins généralistes interrogés sont très satisfaits de travailler avec ce centre, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un établissement privé avec ses contraintes économiques, et qu'il ne reçoit donc pas de manière systématique les patients âgés en perte d'autonomie sans point d'appel somatique précis. La solution d'augmenter le nombre de lits de CSG serait la plus immédiate et efficace pour améliorer la souplesse de la filière d'admission directe, d'autant plus que la population locale continue de vieillir avec l'indice de vieillissement le plus élevé de la région PACA¹⁹. Mais il semble que les contraintes budgétaires actuelles ne permettent pas de dépasser les objectifs fixés par le plan Solidarité Grand Age.

Durant les entretiens, certains médecins ont sous-entendu que ce manque de place était aussi la conséquence d'un mauvais roulement dans les services et d'une mauvaise gestion de ceux-ci. Cette affirmation ne saurait se vérifier, les durées moyennes de séjour des CSG du CHU de Nice étant respectivement de 10,08 et 10,33 jours sur l'année 2012, chiffres inférieurs par exemple à la DMS des CSG de la région Nord-Pas-de-Calais qui est de 11,47 jours²⁰.

Cette durée moyenne de séjour pourrait bénéficier d'une réduction par un travail sur l'aval du service de court séjour : en effet dans les services de court séjour gériatrique du CHU de Nice en 2012, 36 à 45% des patients hospitalisés sortaient du service pour poursuivre leur prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR). Une étude prospective réalisée par les équipes du service de gériatrie de l'hôpital européen Georges Pompidou, publiée en 2007 qui évaluait la non-pertinence des journées d'hospitalisation dans ce service montrait que 53,7% des journées n'étaient pas pertinentes, ce qui est supérieur à la population générale²¹. En tête des causes retrouvées à cet encombrement, l'attente d'un lit d'aval était largement en tête des raisons retrouvées. Dans la région Provence Alpes Cote d'Azur, le taux de lits de MCO et de SSR pour 10000 habitants est plus élevé que la moyenne nationale, mais en matière d'hébergement à long terme de personnes âgées dépendantes, on note un retard avec seulement 70 lits d'EHPAD pour 10000 habitants de plus de 75 ans (Figure 6)(moyenne nationale : 93 lits pour 10000). A ce manque, se rajoute la part la plus élevée de secteur privé à but lucratif dans les maisons de retraite avec un taux de 45% contre 19% de moyenne nationale²².

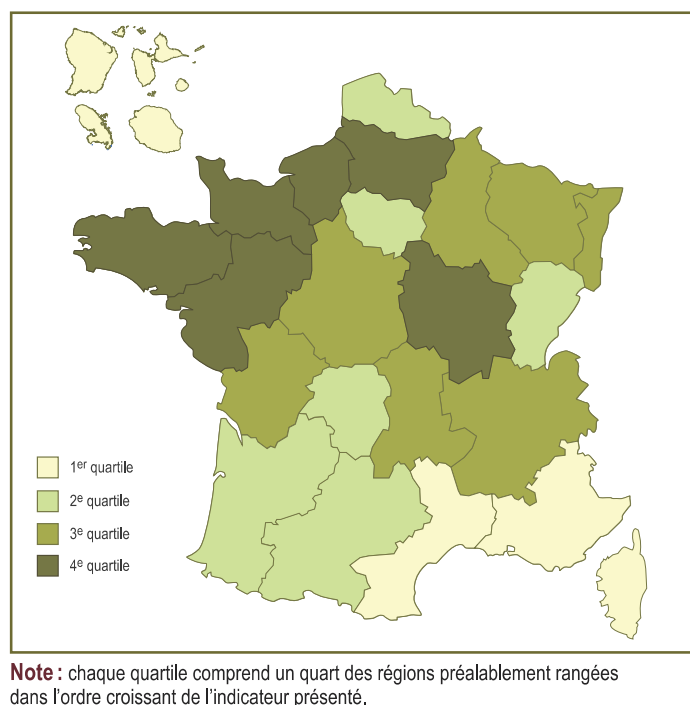


Figure 6. Taux d'équipement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour 1000 personnes de 75 ans et plus en 2008

L'étude sur la non pertinence hospitalière dans un service de gériatrie aiguë nous donne aussi d'autres informations précieuses sur les raisons de ces allongements de DMS : on remarque donc que 25% des journées non pertinentes proviennent du choix du patient ou de sa famille. En effet un retour à domicile est une appréhension après une hospitalisation et il n'est pas rare de voir les patients demander à prolonger l'hospitalisation afin – par exemple – de ne pas rentrer chez eux et de se retrouver seuls une veille de week-end où leur médecin traitant ne sera pas disponible. On note aussi que l'existence de troubles cognitifs est un facteur indépendant augmentant le risque de non pertinence hospitalière (Odds ratio 3,2[1,3-8,0]).

Un élément d'explication au problème de place est aussi contenu dans les réponses des médecins interrogés : il s'agit du rôle des services de spécialité dans la prise en charge de ces patients. En effet l'étude met en évidence que les médecins rencontrent de fréquents problèmes à faire hospitaliser des patients gériatriques ne présentant qu'une seule pathologie somatique, dans un service de spécialité dont il relève. Ceux-ci sont dus en premier lieu au principe de financement des services, poussant ces derniers à réduire au maximum la durée moyenne des séjours et à augmenter au maximum leur activité programmée, bien mieux valorisée qu'une

entrée en urgence. Mais la conséquence directe de ce manque de place pour des hospitalisations non programmées en spécialité est une saturation des demandes pour les courts séjours gériatriques. Le problème de disponibilité des lits pour les patients âgés dans un service ne peut pas être vu que du point de vue du service uniquement, et ne peut l'être non plus que de celui de la structure hospitalière. Il s'agit de prendre en compte l'amont, avec le soin primaire, et l'aval avec les soins de suite et de réadaptation ainsi que les EHPAD. Il s'agit aussi de s'organiser au mieux avec l'ensemble des structures de soins du département pour répondre au mieux aux demandes des médecins généralistes mais aussi des urgences hospitalières.

Le second frein omniprésent dans les résultats, est la communication, et plus précisément deux points : la nécessité du réseau et les difficultés de joindre le médecin référent du service.

Le premier point est surtout un facteur facilitant, assez évident lui aussi : lorsque le médecin connaît des confrères dans un service, il ressent bien plus de facilité à y faire hospitaliser son patient. Cet aspect de réseau est omniprésent en médecine, et n'est pas réellement critiquable mais on peut tout de même se poser la question de savoir si un même patient serait accepté dans un service si le médecin traitant et le médecin receveur ne se connaissaient pas, car, à la notion de réseau fait écho la notion de confiance mutuelle, et un médecin hospitalier peut sans doute se montrer méfiant vis à vis d'un confrère qu'il ne connaît pas (crainte de ne pas avoir l'intégralité des informations sur le patient, que des troubles comportementaux ou les problèmes sociaux soient minorés).

L'autre point est la difficulté à joindre les médecins du service : cette difficulté étant rencontrée par l'intégralité des médecins interrogés qui ne possédaient pas de numéros de téléphones personnels des médecins gériatres. Lors d'une visite à domicile, il est difficile pour le médecin traitant d'attendre qu'on le rappelle pour organiser le transfert de son patient, c'est pourquoi il lui faut une réponse rapide. Sur ce point, l'organisation hospitalière est clairement jugée défailante, et de nombreux médecins avouent préférer avoir à faire avec les cliniques privées. Aucun des médecins interrogés n'avait connaissance d'un numéro direct pour joindre le médecin référent du service, même si c'est pourtant une recommandation apparue pour la première fois dans la circulaire de 2002 :

« Dans cette optique, le service s'organisera pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes. La diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur géographique desservi est de nature à faciliter cette coordination. Ainsi les médecins traitants pourront négocier l'admission directe de leurs patients résidants à domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en évitant des passages indus aux urgences. »

Il n'existe pas de problème « technique » à la mise en place d'un tel numéro, en effet un simple numéro de DECT, voire un renvoi via le standard de l'hôpital sur le numéro du médecin désigné suffisent. Cela nécessite néanmoins d'avoir au téléphone un médecin en permanence au courant de la disponibilité en lit du service ; présente et à venir ; et surtout ayant une capacité décisionnelle quasi immédiate, ce qui sous entend que si l'interne du service est désigné pour assumer cette charge, il puisse accepter ou refuser un patient sans avoir à en référer à son médecin sénior.

Surtout, une fois ce numéro d'appel mis en place, il faut une communication efficace et sur la durée auprès des médecins généralistes : par exemple le service de gériatrie aiguë de l'hôpital St Antoine à Paris envoie des comptes rendus d'hospitalisation aux médecins traitants avec sur la page de garde une large vignette très visible rappelant l'existence de ce numéro dédié aux médecins généralistes, et son utilité.

Il existe aussi une réelle anomalie dans l'entrée directe de nombreux patients en gériatrie aiguë, résultat non attendu en amont de l'étude : il s'agit du fait récurrent qui consiste à faire passer un patient accepté par le médecin du service par les urgences de l'établissement. Si cette pratique peut éventuellement s'expliquer pour le CHU de Nice, le pôle de l'hôpital de Cimiez ne disposant pas de l'intégralité du plateau technique (tel que le scanner), il ne trouve aucune justification dans les centres dits « monosite ». C'est une pratique à proscrire, car elle engage des déplacements supplémentaires et une attente inutile et inconfortable à un patient déjà fragile, celui-ci devant aller directement de son domicile à sa chambre d'hôpital.

Mais il existe des freins inhérents au travail du médecin généraliste lui même. Hospitaliser un patient par entrée directe dans le service voulu est extrêmement chronophage en comparaison avec un passage par les urgences. En période

d'épidémie et donc de charge de travail importante, les médecins généralistes avouent volontiers qu'ils ne peuvent parfois pas faire face à ce type de situation.

Le défaut d'anticipation est, on l'a vu, cité par certains praticiens pour expliquer ce problème, comme en témoigne la très faible proportion de médecins interrogés connaissant l'existence d'un service d'hospitalisation de jour à leur disposition pour faire le bilan de leurs patients polypathologiques ou présentant des troubles cognitifs. Là aussi, communiquer largement aux professions libérales sur les hôpitaux de jours – structures souvent sous utilisées – afin de dispenser des avis spécialisés groupés chez des patients ayant une mobilité par définition réduite, peut être une solution pour réduire les situations d'hospitalisation en urgence.

Mais les médecins généralistes doivent aussi faire face au choix des patients et à leur famille : les premiers sont souvent opposés à une hospitalisation et refusent donc une entrée directe lorsqu'elle leur est proposée, jusqu'à décompenser complètement leur pathologie chronique et devoir ensuite être hospitalisés en urgence. Les familles, elles, poussent souvent à une hospitalisation immédiate, ne laissant pas le choix au médecin traitant de temporiser 24 heures au domicile et aboutissant le plus souvent à un passage aux urgences le jour, même. Il n'existe pas de solution miracle à ces contraintes : il s'agit pour le médecin de prendre le temps, d'expliquer sa décision, ses possibles conséquences, et de convaincre son patient et son entourage qu'un passage aux urgences n'est pas nécessaire et qu'il existe d'autres moyens, moins délétère pour lui et pour la prise en charge des autres patients aux urgences. Il s'agit aussi, comme le rappelait un médecin interrogé, de garder à l'esprit qu'en dehors des troubles cognitifs rendant la prise de décision impossible, celle-ci revient toujours au patient lui-même, quand bien même il serait très âgé. Il faut donc parfois se dédouaner de la pression familiale lorsque leur volonté d'hospitalisation est clairement disproportionnée par rapport à l'état clinique du patient.

En dehors de la prise de décision, l'évolution de la structure familiale des dernières décennies est aussi une des raisons de la surcharge de la filière gériatrique, et donc des difficultés pour hospitaliser en court séjour gériatrique. En effet, il n'existe quasiment plus de « maisons familiales » trans-générationnelles, avec un investissement des descendants dans la prise en charge des anciens. Les raisons

en sont multiples et complexes : féminisation du travail, éclatement des familles, dispersion géographique des enfants... La conséquence de ce phénomène est que, pour un patient gériatrique nécessitant une présence quasi-permanente, gardé au domicile familial il y a 50 ans, il faut maintenant une place d'EHPAD. Cela engorge donc les maisons de retraites, avec des conséquences directes sur les SSR, et donc sur les CSG. Ce phénomène s'observe aussi lorsqu'il existe un besoin d'aidant naturel pour attendre une place d'hospitalisation directe en service : la majorité des praticiens jugent qu'hormis le conjoint, il est extrêmement difficile de trouver quelqu'un pour soutenir un patient quelques jours le temps qu'une place se libère.

Enfin, le cas particulier de l'arrière pays est un peu la surprise de cette étude : de nombreuses difficultés étaient attendues du fait de l'éloignement des centres hospitaliers, mais il s'avère au final que les praticiens interrogés jugent leur situation - en cas d'hospitalisation nécessaire pour un de leurs patients gériatriques – plus confortable que celle de leurs confrères exerçant pourtant à quelques centaines de mètres d'un centre hospitalier. La mise en place de la télémedecine avec des consultations de gériatries à distance et une optimisation maximale de l'hôpital de jour afin d'éviter au patient des allers retours vers la bande côtière est un grand plus pour ces médecins ruraux. Mais ces consultations n'ont pas été mises en place dans tous les hôpitaux locaux, bien que le matériel soit mis à disposition par le Conseil Général.

La limite de ces petits Centres Hospitaliers dans les vallées de l'arrière pays est le manque d'activité : en effet, la grande facilité d'hospitalisation est corrélée au non remplissage de ces petits services de médecine, et donc à une faible rentabilité de ces lits lorsque l'on se place dans une logique de tarification à l'activité.

Enfin, il semble important de relativiser le nombre de passage aux urgences que représentent les patients à visée gériatrique « non urgents » : dans l'analyse des données du terminal urgence réalisée pour la période du premier semestre 2012, on constate que seulement 108 patients correspondent aux critères (âge > 75 ans ; admis pour AEG ; CCMU 1 ou 2 ; Hospitalisation en CSG ou à l'UCSU) sur les 38 891 passages, soit 0,27% des passages. S'il est évident que ces 108 patients, sélectionnés rétrospectivement sur des données informatiques, ne représentent pas la totalité de la catégorie de patients sujets de l'étude, cela peut laisser penser que

les patients gériatriques dont l'hospitalisation n'est pas urgente ne sont finalement pas si nombreux dans les services d'urgence, et que si la gériatrie est très présente dans ces services, c'est le plus souvent pour des pathologies aiguës nécessitant une prise en charge immédiate. Le défaut d'entrée directe dans les services de court séjour gériatrique ne saurait donc expliquer l'engorgement des services d'urgence à lui seul.

Il existe deux limites importantes à cette étude qu'il faut souligner. Le biais de sélection d'abord : en effet, comme décrit dans la population étudiée, 8 médecins sur les 15 étaient des maîtres de stages du département de médecine générale de la Faculté, et le médecin retraité avait lui aussi été maître de stage. Il s'agit donc d'une sélection majoritairement composée de médecins qui, d'une part, ont fait le choix de s'investir dans l'enseignement de la discipline et font à priori plus souvent le choix d'hospitaliser leur patient par voie directe. D'autre part, de par leur investissement dans l'enseignement, ces médecins ont bien souvent un réseau plus développé que leurs confrères, en témoigne le fait que sur les 9 médecins maîtres de stage, 8 déclaraient joindre directement le médecin du service pour faire hospitaliser leur patient, et 7 d'entre eux connaissaient personnellement ces médecins.

Le biais de sélection ne se limite pas qu'aux MSU : une grande partie du recrutement a été fait par l'annuaire téléphonique, mais nous avons été confronté à de nombreux refus – une cinquantaine – les deux raisons principales étant, soit que le médecin contacté n'avait pas le temps de nous recevoir, soit qu'il ne pratiquait pas d'entrée directe et qu'il n'avait donc rien à déclarer sur le sujet. Cette dernière justification nous permet de discuter l'importance de ce biais : en effet il n'y aurait pas eu d'intérêt à interroger un médecin qui ne prend pas l'initiative de tenter une entrée directe pour ses patients.

« Il faut se poser la question dans ton étude de savoir si celui qui a le temps de te recevoir est celui qui voit 20 patients et qui a donc le temps de passer un coup de fil, et si celui qui en voit 40 n'a ni le temps de te voir ni le temps de s'occuper de leur place en service »

En ce qui concerne les autres caractéristiques des médecins, on note qu'ils sont plutôt représentatifs de la population des médecins généralistes des Alpes Maritimes en 2013²³, en particulier au niveau de l'âge (54 ans dans l'étude contre 53 ans dans les alpes maritimes en 2013). La seule différence réside dans la plus faible proportion de femme dans l'étude.

L'autre limite de cette étude est le possible biais de déclaration. On note en effet dans les résultats, une part assez faible d'autocritique des médecins interrogés, les critiques étant le plus souvent réservées à la structure hospitalière ou, plus rarement, à leurs confrères généralistes qui ne font pas l'effort d'hospitaliser directement leurs patients. Il serait donc intéressant de réaliser une étude en miroir, interrogeant les praticiens des courts séjours gériatriques afin d'identifier de nouveaux freins ou facteurs facilitants non déclarés dans cette étude.

5 CONCLUSION

Le bénéfice de l'admission directe en court séjour gériatrique est entendu par tous, mais il persiste encore de nombreux freins à ce mode d'hospitalisation. Le manque de place reste présent, surtout en période hivernale, mais l'augmentation du nombre de lits dans les services ne saurait être la seule réponse à ce problème qui nécessite une participation plus grande des services de spécialité à la prise en charge de ces patients et un développement plus important des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le département. Les médecins généralistes sont aussi très demandeurs d'outils de communication avec les services, plus adaptés à leur mode d'exercice.

L'impact fort de la décision du patient et de celle de sa famille semble quant à eux un facteur limitant difficile à modifier, mais son effet peut être limité par une meilleure prévention et un suivi plus important, d'abord en ambulatoire, permettant parfois d'éviter une hospitalisation.

Enfin, cette étude ne se concentre que sur les médecins généralistes, et il serait intéressant de vérifier quelles sont les difficultés rencontrées par les autres acteurs de la prise en charge, à savoir les services hospitaliers, CSG en tête. Il serait aussi intéressant de tenter de quantifier combien de patients potentiellement admissibles par voie directe en CSG passent par les services d'urgence, et la raison de ce passage, afin de mieux quantifier l'effort qu'il reste à fournir pour améliorer l'entrée directe des patients âgés.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. *Projection de La Population En France Métropolitaine À L'horizon 2060*. INSEE; 2010.
2. *Evolution et structure de la population - Alpes maritimes*. INSEE; 2009.
3. Fouquet A, Tregoat JJ, Sitruk P. *L'impact Des Modes D'organisation Sur La Prise En Charge Du Grand Âge*. Inspection générale des affaires sociales; 2011.
4. Bas P. *Plan Solidarité - Grand Âge*. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille; 2006.
5. *Circulaire DHOS/O 1 N° 2003-195 Du 16 Avril 2003 Relative À La Prise En Charge Des Urgences*.; 2003.
6. *Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D N° 2002-157 Du 18 Mars 2002 Relative À L'amélioration de La Filière de Soins Gériatrique*.; 2002.
7. Lachamp M, Pauly V, Sambuc R, et al. Impact de la modification des prescriptions chez les sujets âgés hospitalisés en service de court séjour gériatrique en termes de coût. *Rev Médecine Interne*. 2012;33(9):482-490. doi:10.1016/j.revmed.2012.05.013.
8. Carbonin P, Pahor M, Bernabei R, Sgadari A. Is age an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients? *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(11):1093-1099.
9. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012;10(2):143–150.
10. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002;39(3):238-247. doi:10.1067/mem.2002.121523.
11. Bailleux S, Oualid H, Bouaziz D, Tardieux P-M, Levraut J. Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de

passage aux urgences. *J Eur Urgences*. 2007;20(1):38. doi:10.1016/j.jeur.2007.03.201.

12. Sikka R, Mehta S, Kaucky C, Kulstad EB. ED crowding is associated with an increased time to pneumonia treatment. *Am J Emerg Med*. 2010;28(7):809-812. doi:10.1016/j.ajem.2009.06.023.

13. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med*. 2010;28(3):304-309. doi:10.1016/j.ajem.2008.12.014.

14. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(7):564-569. doi:10.1136/bmjqs.2009.034926.

15. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. *Un Programme Pour La Gériatrie*.; 2006.

16. Jeandel C. *Le Référentiel Métier de La Spécialité Gériatrie*. Collège professionnel des gériatres français; 2011.

17. Mounier C, Waquet C. *Rapport Sur La Mise En Oeuvre Des Projets Pilotes Sur Le Parcours de Santé Des Personnes Âgées En Risque de Perte D'autonomie* .; 2013.

18. Domy P, Moulin G. *Concertation Nationale Sur Les Urgences Hospitalières Pour Améliorer La Fluidité Du Parcours À L'hôpital*.; 2013.

19. *Memento Statistiques et Indicateurs de La Santé et Du Social*. ARS Provence Alpes Cote d'Azur; 2012.

20. Lefebvre, Guerin S. *Bilan Gériatrique Des Territoires de Santé*. ARS Nord-Pas-de-Calais; 2011.

21. Somme D, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselín B, Saint-Jean O. Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë: description du phénomène et étude des facteurs de risque. *Rev Médecine Interne*. 2007;28(12):818-824. doi:10.1016/j.revmed.2007.05.034.

22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Recueil D'indicateurs Régionaux, Offre de Soins et État de Santé.*; 2009.
23. Le Breton-Lerouvillois G. *La Démographie Médicale En Région Provence-Alpes-Côte-D'azur.* Ordre National des Médecins; 2013.

7 ANNEXES

7.1 GUIDE D'ENTRETIEN

Mise en place de la situation

Vous suivez depuis des années monsieur X, 89 ans, qui présente comme principaux antécédents une cardiopathie ischémique avec insuffisance cardiaque modérée, un tabagisme sevré à 43 paquet année, une hypertension artérielle et une prothèse de hanche droite sur coxarthrose. Présentant quelques discrets troubles mnésiques, vous aviez mis en place une infirmière à domicile et une aide ménagère chez ce patient veuf depuis quelques années.

Vous avez vu ce patient il y a maintenant 4 jours sur appel de sa fille en vacances dans la région. Elle le trouve « moins bien » sur le plan de la mémoire, et présente quelques troubles du comportement (elle l'aurait retrouvé en train d'uriner dans la baignoire). Quand vous le voyez, vous ne le trouvez pas changé, il est orienté et son examen clinique est normal si ce n'est un hématome de la fesse droite, consécutif à une chute dans sa salle de bain il y a quelques jours.

Vous y retournez aujourd'hui car sa fille a été réveillée cette nuit par une nouvelle chute de son père dans le couloir. Elle l'a aidé à se relever et l'a recouché. Votre examen clinique en particulier neurologique est normal à part une déshydratation évidente, vous réalisez un bilan sanguin qui montre un BNP à 800 ainsi qu'une insuffisance rénale fonctionnelle avec 156 de créatinine et 19 d'urée.

Vous décidez donc de faire hospitaliser ce patient directement en court séjour gériatrique puisqu'il ne présente pas de caractère d'urgence et que sa fille reste avec lui, pour réaliser un bilan global et remettre votre patient sur pied.

Entretien qualitatif

- ✓ Que faites vous en pratique pour hospitaliser ce patient en court séjour gériatrique ?
- ✓ Avez vous un exemple récent d'une situation similaire à raconter ?
- ✓ Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer par le passé dans vos tentatives d'hospitalisation directe en court séjour gériatrique ?
- ✓ En opposition, quelles sont les facteurs que vous identifiez comme facilitant à ce mode d'hospitalisation ?
- ✓ Promouvoir l'entrée directe dans la filière gériatrique est un plus pour une meilleure prise en charge de ces patients fragiles, en évitant un passage long et éprouvant aux urgences. Quelles seraient vos suggestions afin d'améliorer ce mode d'entrée, que ce soit modifications de la structure hospitalière ou aides directes aux médecins traitants ?

Questionnaire quantitatif : Caractérisation de l'échantillon

Votre année d'installation dans la région :

Avec quels courts séjours gériatriques travaillez vous préférentiellement ?

- Hôpital de Cimiez – CHU de Nice ☐
- Clinique les Sources ☐
- Clinique St Antoine ☐
- CHG de Cannes ☐
- CHG de Grasse ☐
- CHG d'Antibes ☐
- CHG de Menton ☐
- Autre ☐ Précisez : ...

A quelle fréquence êtes vous confronté à une situation similaire à celle exposé dans l'exemple, c'est à dire le cas d'un patient nécessitant une hospitalisation rapide dans les 48 heures suivant votre passage ?

- Rarement ☐
- Plusieurs fois par an ☐
- Souvent : plusieurs fois par mois ☐
- Très souvent : Au moins une fois par semaine ☐

Estimez vous qu'hospitaliser un de vos patients directement en court séjour gériatrique est :

- Facile et rapide ☐
- Facile mais demande de l'investissement ☐
- Difficile et très chronophage ☐
- Quasiment impossible ☐

Qui appelez vous lorsque vous souhaitez faire hospitaliser un patient en court séjour gériatrique ?

- Un médecin responsable du service dont vous avez les coordonnées ☐
- Le numéro direct du service ☐
- Vous passez par le standard de l'hôpital ☐
- Autre ☐ Précisez : ...

Avez vous des connaissances personnelles au sein du court séjour gériatrique avec lequel vous travaillez :

- Oui ☐
- Non ☐

7.2 GRILLE COREQ

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

8 SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.